UNIVERSITÉ DE PARIS V – RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN – PORT-ROYAL

No 130

Année 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LE CAM Jean-Yves

né le 19 janvier 1948 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1975

INTERET D'UN HOPITAL DE JOUR EN DERMATOLOGIE

Président : M. Jean HEWITT, Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548117_0039

UNIVERSITÉ DE PARIS V – RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN – PORT-ROYAL

Année 1975 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

LE CAM Jean-Yves

né le 19 janvier 1948 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1975

INTERET D'UN HOPITAL DE JOUR EN DERMATOLOGIE

Président : M. Jean HEWITT, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur Le Professeur HEWITT

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur ESCANDE,

Professeur Agrégé de Dermatologie

En reconnaissance de l'aide qu'il m'a apportée pour l'élaboration de ce travail.

A ma Femme,

A mes Parents,

A mon Frère, A ma Soeur.

I N T R O D U C T I O N

Le système hospitalier français est actuellement en pleine mutation devant l'inadaptation profonde de son organisation administrative et financière.

L'importance économique, sans cesse grandissante, de l'hôpital, la modification de la finalité de sa fonction sociale, font que cette mauvaise organisation est devenue flagrante.

La conception actuelle de la maladie lui attribue une cause de nature purement physique, en général exogène par rapport au malade. Cette conception explique et est expliquée par le haut degré de technicité atteint par la science médicale ; il n'en reste pas moins que la maladie ne peut être réduite à un problème purement technique : à côté du problème physique existe un bouleversement moral du malade lié à l'importance de la dimension affective du corps.

Cette dimension de la maladie a été longtemps ignorée par le système hospitalier ; la prise de conscience des médecins, la sensibilisation de l'opinion publique ont amené les pouvoirs

administratifs à reconsidérer l'hôpital par rapport aux besoins physiques et moraux du malade : humaniser l'hôpital.

Evitant des hospitalisations à temps complet médicalement contestables, prenant en charge des malades qui refusent l'hospitalisation traditionnelle, l'hôpital de jour va contribuer à humaniser l'hôpital :

- d'une part en nuançant son mode d'action et en l'adaptant au besoin médical réel du malade.
- d'autre part en évitant la désinsertion complète de son milieu familial.

La psychiatrie, l'hématologie, la gériatrie ont notamment expérimenté cette nouvelle conception de l'hospitalisation. Le Docteur GRUPPER a mis sur pied dans son service une unité de jour spécialisée dans le traitement du psoriasis.

Mettant à profit les enseignements fournis par les différentes expériences, Monsieur le Professeur HEWITT et Monsieur le Professeur Agrégé ESCANDE se proposent de créer un hôpital de jour à la Clinique Tarnier.

Après avoir défini les options que pourrait offrir cette unité nous avons effectué une enquête à l'Hôpital Tarnier sous formes d'entretiens réalisés avec les malades hospitalisés et les malades de consultation externe pour recueillir leurs avis sur ce nouveau mode de prise en charge de "leur" maladie dermatologique.

Nous étudierons successivement :

I - l'aspect psycho affectif du concept maladie et la transformation de l'enjeu hospitalier.

- l'aspect psycho affectif du concept maladie

1 - la communauté de culture médecin - malade.
2 - la conception de la maladie par la communauté culturelle médecin - malade.

- la transformation de l'enjeu hospitalier

1 - les grands traits de l'histoire sociale de l'Hôpital.
2 - l'Hôpital, enjeu économique et social.

II - l'hôpital de jour, un bouleversement de la conception traditionnelle de l'hôpital.

- définition de l'hôpital de jour.
- l'hôpital de jour hématologique Paul Chevallier
- l'hôpital de jour gériatrique d'Ivry
- la discussion, le bilan.

III - Un hôpital de jour en dermatologie

- pourquoi un hôpital de jour en dermatologie ?
- parler d'un hôpital de jour en dermatologie, c'est essayer d'en poser les éventuelles indications :

  1 - l'hôpital de jour à visée exploratoire.
  2 - l'hospitalisation de jour paur un problème intriqué médico-social.

  3 - l'hospitalisation de jour pour un motif spécifique à la dermatologie : la compétence des infirmières spécialisées, l'étendue des lésions.
  4 - enfin, l'hôpital de jour pour consolider et surveiller.

IV - aménagement d'un hôpital de jour à l'hôpital Tarnier.

- la pathologie dermatologique vue à l'Hôpital Tarnier,

  1 - en salle,
  2 - en consultation,

- autorise à penser que l'aménagement d'un hôpital de jour à la Clinique Tarnier se justifie techniquement.
- après l'aspect technique du problème, l'avis des malades recueilli au cours d'une enquête effectuée à Tarnier

  1 - en salle.
  2 - en consultation.

- de la conception à la réalisation du projet.

L'ASPECT PSYCHO-AFFECTIF DU CONCEPT MALADIE.
LA TRANSFORMATION DE L'ENJEU HOSPITALIER

I - L'ASPECT PSYCHO AFFECTIF DU CONCEPT MALADIE ⁎

1° - la communauté de culture médicale.

Dans une société donnée le commun et le médecin ont les mêmes conceptions d'ensemble des maladies, de leurs causes et de leur traitement : c'est la communauté de culture médicale ; elle est la condition qui permet l'accord des rôles et des statuts et répond au besoin de santé du malade.

2° - la conception de la maladie par la communauté de culture médecin - malade.

Elle varie dans le temps oscillante entre 2 éléments de dimensions différentes :

- la conception de la causalité de la maladie.
- la notion de la culpabilité du malade.

a) les 2 conceptions causales de la maladie: suivant les époques et les cultures on retrouve 2 grands types de conception de la maladie :

- soit elle est liée à une cause extérieure au malade (conception exogène).
- soit il faut chercher son origine dans le malade même (conception endogène).

⁎ Ce chapitre est en grande partie composé d'extraits provenant de "l'Abrégé de Psychiatrie" (PICHOT - DELAY - MASSON).

= la conception exogène :

L'apparition de l'état de maladie s'explique par l'intervention d'une cause extérieure qui introduit la notion de mal, impliquant que l'état normal de l'homme est la santé et que l'homme est bon par nature.

- cette introduction de valeurs, le bien et le mal, a fait d'abord prendre à cette conception de la maladie une forme religieuse ou magique : la maladie est causée par un être surnaturel.

- la désacralisation de la médecine a transformé cette cause surnaturelle en facteurs naturels : pour Hippocrate l'Epilepsie a pour cause extérieure les vents.

- l'apogée de cette conception se situe dans l'interprétation erronée, car extrême, de l'oeuvre de Pasteur, impliquant une responsabilité microbienne à l'origine de chaque maladie.

= la conception endogène :

Ici l'origine de la maladie est dans le malade lui-même et s'exprime par des notions d'hérédité, de terrain , de disposition : les limites entre l'état de santé et l'état de maladie s'estompent : la maladie représente une étape patente dans une succession d'états pathologiques qui ne s'actualisent pas obligatoirement.

= Cependant si suivant les époques l'une des deux conceptions tend à prédominer il est facile qu'elles coexistent : pour reprendre Hippocrate qui considère l'Epilepsie comme étant d'origine exogène (les vents) mais qui en même temps écrit "l'origine de la Maladie Sacrée comme celle de toutes les autres maladies réside dans l'hérédité".

b) la culpabilité dans la maladie :

- parallèlement aux fluctuations évolutives des conceptions étiologiques de la maladie il est possible sur un autre plan, de décrire une évolution de la notion de culpabilité du malade.

- grossièrement, il existe une relation entre la culpabilité du malade et la conception causale de la maladie :

. le malade ne peut être coupable d'une maladie exogène,
. il est responsable d'une maladie endogène,

- cependant la relation n'est pas absolue :

. l'intervention du démon punit le malade qui l'a offensé.
. inversément certaines conceptions endogènes ne tiennent pas le malade responsable de son hérédité.

c) la conception actuelle de la maladie :

= habituellement,

elle est sur le modèle de la conception exogène et déculpabilisante et de nature prurement physique : dans cette conceptioon le rôle du médecin est avant tout de découvrir la maladie physique.

= cependant,

- il existe facilement un investissement névrotique de la maladie qui a sa source dans le non-autonomie de la période infantile :

. la notion de bien ou de mal avec laquelle les parents sanctionnent les actions de l'enfant

. la notion de maladie, punition de la désobéissance : "si tu ne manges pas bien, tu vas tomber malade".

Comme l'être humain ressent toujours une culpabilité qui ne demande qu'à s'exprimer, la maladie se trouve donc être un élément de choix pour être affublée d'une signification quasi morale, plus ou moins exprimée et consciente.

- l'on sait en dermatologie comme dans de nombreuses autres disciplines (gastro-entérologie, gynécologie, cardiologie, etc.. combien un certain nombre d'affections voient leur déroulement intimement lié au vécu psycho-affectif du sujet : c'est la cas notamment du psoriasis et du lichen plan qui surgissent fréquemment au décours d'un stress et évoluant par poussées qui suivent les variations de l'état psychique du malade.

LA TRANSFORMATION DE L'ENJEU HOSPITALIER

A) LES GRANDS TRAITS DE L'HISTOIRE SOCIALE DE L'HOPITAL

1° - initialement oeuvre charitable aux mains de l'Eglise, l'hôpital possédait avant tout une fonction de controle social. Cette fonction a dominé son action jusqu'au milieu du XIXème siècle :

- Au Moyen Age :
  . protection sanitaire de la société : les " MALADRERIES"
  . mais également protection sociale contre les indigents qui sont hébergés et strictement encadrés par les religieux hospitaliers.

- on retrouve cette notion de contrôle - par le biais de l'hébergement - des couches sociales pauvres, errantes et donc dangereuses, exposées à toutes sortes de maladies, dans la création en 1656 de l'Hôpital Général de Paris.

- les préoccupations sanitaires et thérapeutiques sont reléguées au 2ème plan, l'hôpital n'étant resté fort longtemps qu'un lieu de passage pour les médecins (d'ailleurs non dénué de risques).

- cette période est marquée par une triple lutte d'influence dans la direction de la gestion hospitalière : la laïcisation et le renforcement progressif du controle de l'Etat allant de pair avec un affaiblissement progressif du controle de l'Eglise.

2° - les années 1849 - 1850 marquent un changement fondamental sur les plans techniques et socio-économiques.

- essor des sciences médicales en relation avec l'essor général des sciences : à partir de cette

époque l'hôpital tend de plus en plus à développer sa finalité de soins par rapport à sa fonction d'hébergement.

- modifications de la société avec essor de la grande industrie et apparition de la classe salariale :

. revendications réclamant des mesures sociales et des systèmes de protections.
. parallèllement le système capitaliste désire une main d'oeuvre en bonne santé.

3° - le début de la période contemporaine peut être située aux environs des années 1940 - 1945 (lois qui modifient la structure de l'administration - création de la sécurité sociale).

Elle est marquée par une nouvelle étape de la progression de l'hôpital vers sa finalité de soins : il devient un lieu de haute technicité médicale.

A partir de cette époque l'hopital doit être conçu en temps que structure économique et sociale.

B) L'HOPITAL, ENJEU ECONOMIQUE ET SOCIAL

1° - l'aspect économique de l'hopital

- "l'hôpital est devenu dans le système sanitaire français un élément central. En 1967, plus de cinq millions et demi de personnes ont été hospitalisées; plus de quatre vingt dix millions de journées ont été passées dans les "lits" de médecine, de chirurgie ou de maternité ; six millions de personnes environ se sont rendues à des consultations externes.

La même année, les dépenses d'hospitalisation représentaient 35 % des dépenses de santé, soit 11 milliards de francs et environ 50 % des prestations en nature de l'assurance maladie.

(...) L'hôpital devient un débouché pour de nombreuses industries en expansion : laboratoires pharmaceutiques, entreprises d'électronique et de fabrication d'appareils divers, informatique, etc...

(...) L'hôpital n'est plus considéré comme un fardeau.

(...), l'équipement sanitaire et social devient un facteur de la croissance économique et sociale". ¤

- l'étude du budget consacré au système hospitalier fait apparaitre une considérable augmentation de la consommation financière ; différents facteurs peuvent être relevés pour expliquer l'origine de cette augmentation.

a) l'un est inévitable, lié à l'évolution du niveau socio culturel : c'est le "besoin de santé" : selon les prévisions du CREDOC, entre 1970 et 1975, les dépenses des soins médicaux augmenteront en volume (valeur à prix constants) en moyenne de 8,3 % à 10,5% par an. La part des soins hospitaliers dans le total des dépenses de santé passerait de 41 % en 1969 à 44 % en 1975.

. la haute technique coûte cher :
- matériel de plus en plus perfectionné
- personnel de plus en plus nombreux et spécialisé (en 1898, frais de personnel : 17,2 % des dépenses hospitalières ; en 1969 : 62,14 % du prix de revient). d'après le rapport 1971 de l'Inspection générale des Affaires Sociales.

¤ F. STEUDLER :"l'Hôpital en observation" - A. COLIN

- les actes techniques sont de plus en plus fréquents.

. l'activité thérapeutique est de plus en plus médicalisée : 27, 12 % en 1959 contre 46,50 % en 1969 du coût de l'approvisionnement et des produits divers pour assurer le fonctionnement quotidien hotelier et les soins : "cette évolution reflète celle de l'activité hospitalière, de plus en plus "médicalisée" et de moins en moins réductible à un rôle purement "hôtelier".

b) les autres éléments sont contestables :

- il est par exemple notoire que le système actuel de tarification du prix de journée incite à une prolongation des durées de séjour dans les hôpitaux publics pour équilibrer leur balance :

. les frais de séjour sont remboursés par la sécurité sociale intégralement à l'hôpital si l'hospitalisation dépasse 30 jours.

. maintenir hospitalisés les malades, en n'ayant que des frais d'hotellerie permet de faire baisser le "prix de journée" du service.

- de même le maintien de malade en phase de consolidation dans des services hautement spécialisés pour des raisons sociales est assez fréquente.

- citons encore :

  . la non utilisation optimale des équipements (soit mauvaise organisation du recrutement des malades pouvant en bénéficier, soit par manque de personnel qualifié).
  . le délai de réalisation des examens biologiques et radiologiques.

Ces quelques exemples montrent que l'hôpital risque de devenir malgré son importance, l'entreprise la plus mal gérée du pays.

2° - <u>La transformation de la fonction sociale de l'hôpital et de son image de marque</u>.

Devenu lieu de haute technicité médicale, faisant autorité sur le reste du corps médical, formant les médecins depuis 1958, l'hôpital a vu s'opérer un considérable élargissement de sa clientèle : l'hôpital moderne est passé d'une fonction de controle social à la fois humanitaire et répressif des indigents à une fonction technique médicale et scientifique offerte à toutes les classes de la population.

a) néanmoins la fonction d'hébergement, tradionnelle, est loin d'avoir disparu ; elle s'intègre maintenant dans le cadre des hospitalisations médicalement injustifiées ne faisant plus partie du cadre de la fonction sociale de l'hôpital ; il ressort de l'étude effectuée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (rapport 1971) que 26 % des malades ne correspondent pas à des besoins réels :"ces pourcentages paraissent élevés si on les compare à ceux fournis par les services de

de controle médical des organismes de sécurité sociale. C'est que, dans la présente enquête il a été tenu compte des cas pour lesquels des solutions peuvent être recherchées en dehors de l'hospitalisation" (rapport 1971).

= poser le problème des hospitalisations abusives, c'est évoquer "le lit hospitalier":

- sur lui est notamment basé tout le système hospitalier :

  . les honoraires
  . l'équilibre du prix de journée
  . et même l'avancement administratif.

- le nombre de lits est bien souvent assimilé au reflet de la notoriété du service, véritable "signe extérieur de compétence", ajoutant au prestige du praticien.

- enfin aux yeux de beaucoup de médecins la médecine "noble" ne peut s'appliquer qu'à un malade couché.

= on retrouve 2 grandes causes aux hospitalisations médicalement contestables :

- des facteurs propres aux intéressés ou à leur environnement social:conditions socio-économiques basses pour lesquelles le cap de la maladie ne peut être franchi dans l'état actuel du système sanitaire que par une hospitalisation : témoins de la non totale disparition de la longue tradition d'hébergement de l'hôpital public hautement favorisé en cela

par le mode de tarification hospitalière : une hospitalisation "sociale" entrainant peu d'actes techniques concourt à baisser le prix de journée du service.

- des facteurs qui relèvent des carences de l'équipement et de l'organisation. On peut énumérer :

. avant tout l'insuffisance des services à domicile sous leur aspect sanitaire et sociaux (aide ménagère, soins infirmiers à domicile) qui sont des facteurs essentiels, surtout dans les milieux ruraux de l'hospitalisation ou de sa prolongation au delà de la durée nécessaire.

. l'insuffisance des consultations externes et leur mauvaise organisation sont une source fréquente d'hospitalisation ; elles s'effectuent le plus souvent dans des conditions médiocres qui doivent être transformées : accueil laissant à désirer, attentes prolongées, exiguité et vétusté des locaux, manque de coordination avec les autres services et les laboratoires ; enfin en règle générale ouvertes que le matin.
La solution de facilité est l'hospitalisation qui permet un interrogatoire approfondi, la possibilité d'un bilan, fréquemment nécessaire qui sera exécuté complètement et de façon cohérente : ni les laboratoires ni les services de radiologie ou d'exploration fonctionnelle ne sont conçus pour les consultants : ils prennent en priorité les malades hospitalisés faisant très souvent attendre interminablement les malades externes.

. ces difficultés avec les laboratoires, les services de radiologie ou d'explorations focntionnelles interviennent non seulement pour entrainer des hospitalisations mais jouent notamment dans les grands centres hospitaliers un rôle fréquent.

. l'insuffisance du service médical des hospices et des maisons de retraite constitue un autre motif d'hospitalisation pour les pensionnaires : la médicalisation (présence d'un nombre suffisant de médecins et d'infirmiers, le coût des médicaments) étant limitée par le "prix de journée".
On continue actuellement à discuter la prise en charge des malades par la sécurité sociale directement dans les hospices.

b) le développement des techniques et la qualité des soins ne doivent pas faire oublier qu'à côté des réalisations médicales les plus spectaculaires existent la détresse, la misère, les humiliations, l'inconfort, le manque d'hygiène.
Cet aspect barbare et vétuste ressortant d'autant plus violemment que certains services, ultra modernes, de pointe, cotoient des services où l'on trouve encore des salles communes, héritage direct du moyen âge : l'essor du système technique rend encore plus scandaleux les survivances du système traditionnel.

-"déjà le malade qui entre dans un service hospitalier éprouve une telle inquiétude qu'il souffre d'un effacement partiel de sa propre image causé par la menace réelle et symbolique pesant sur son corps.
Sa passivité, sa position horizontale, le fait que ses vêtements lui aient été enlevés, que médecins et infirmières, personnes inconnues de lui aient libre accès à son corps, le fait qu'il ne puisse prévoir ce qui va lui arriver, tous ces facteurs créent

une perte de l'identité de moi " (d'après un article de Rose Lauber Coser "A home away from Home" - médecine, maladie et société - MOUTON -).

Il a souvent l'impression d'être un objet, coupé de son milieu familial, inquiet de son état, se heurtant à l'incommunicabilité recevant des traitements, subissant des examens sans explication pour le sécuriser.

3° - l'humanisation de l'hôpital

Depuis plusieurs années une politique d'humanisation des hôpitaux s'élabore, rendue effective par la circulaire ministérielle du 18 décembre 1970.

a) elle vise :

- à améliorer l'accueil et faciliter l'accès aux consultatinns externes.
- pour le malade hospitalisé :
  - . extension des heures de visite (13 H 30 - 20 H)
  - . autorisation de garder ses effets personnels.
  - . éviter le plus possible les traumatismes psycho-affectifs.
  - . améliorer le confort : chambres à 2 ou 3 lits, protection de l'intimité des malades, amélioration des installations sanitaires, téléphone, repas servis chauds.
  - . possibilités offertes pour organiser les loisirs des malades (bibliothèque, télévision...).

b) la suppression des salles communes où les malades, entassés, anonymes, sans intimité, étalant leurs souffrances aux yeux des autres, ne transforme pas l'hôpital en une institution

humaine pour autant : les énormes édifices de verre et de béton qui surgissent, nouveaux ensembles hospitaliers ou nouveaux buildings érigés au sein du vieil ensemble, apportant propreté, clarté, confort posent souvent les mêmes problèmes amputés de leur composante organique et transformés par la technique qui partout écrase le malade :

- l'architecture,
- les néons, le modernisme, parfois même le luxe,
- les examens, les services de radiologie, d'explorations fonctionnelles.
- sa relation avec le médecin qui souvent le réduit à un organe ou une maladie.

Il oubliera qu'il est contribuable, dans "son" hôpital, il oubliera qu'il est "le" clinnt par le biais de la sécurité sociale : il se verra reclus au milieu du personnel indifférent, surchargé de travail.

c) Humaniser l'hôpital ce n'est pas seulement balayer avec du béton, du verre, des néons, des antiseptiques les salles communes héritage du passé. C'est également essayer de reconsidérer le problème hospitalier dans son ensemble.
Un des buts de l'humanisation de l'hôpital ne doit-il pas être de s'efforcer au maximum d'éviter l'hospitalisation - internement avec la désinsertion psycho affective qu'elle implique ?

Nous avons vu qu'environ 26 % des hospitalisations étaient médicalement injustifiées ; en 1967 ily eut plus de cinq millions et demi de malades hospitalisés : c'est-à-dire que cette année là il y eut 1.450.000 personnes dont l'hospitalisation n'était pas nécessaire!..

Ouvrir l'hôpital, offrir au malade des solutions plus nuancées et plus adaptées quant à son mode de prise en charge par le système hospitalier : voilà qui, tout en lui permettant de profiter de la

compétence hospitalière, lui éviterait 1 fois sur 4 la désinsertion angoissante. Cette ouverture de l'hôpital peut se faire de 3 manières :

- la consultation externe.
- l'hospitalisation à domicile.
- l'hospitalisation de jour : c'est elle qui retiendra notre intérêt plus particulièrement.

L'HOPITAL DE JOUR, UN BOULEVERSEMENT DE LA CONCEPTION TRADITIONNELLE DE L'HOPITAL.

1° - Qu'est ce qu'un Hôpital de Jour ?

- Nous avons vu que l'Hôpital de Jour était une des 3 formes possibles d'ouverture de l'hôpital et qu'il constituait une nouvelle étape dans l'évolution de son rôle : initialement centre d'hébergement, offrant "l'assistance publique" et protégeant la société contre le malade coupable, à l'hôpital, centre de soins.

- d'une manière simple il peut être défini comme un service dans lequel le malade arrive le matin et repart le soir après avoir subi les examens et le traitement nécessaires.

- l'Hôpital de Jour n'est ni une forme agonisante, ni un mode de remplacement de l'hospitalisation traditionnelle, mais l'introduction d'une nouvelle conception de l'hospitalisation : il ne va pas se substituer à l'hospitalisation à temps complet mais va la compléter et la nuancer.

C'est après avoir examiné les expériences d'hospitalisationdde jour réalisées en Hématologie (Saint Louis) et en gériatrie (Ivry) que nous essaierons de discuter les avantages et les écueils apportés par ce nouveau mode de prise en charge du malade.

Nous ne parlerons pas de l'hôpital de jour en psychiatrie, bien qu'il soit maintenant devenu un mode d'hospitalisation ayant depuis longtemps dépassé le stade expérimental (en 1973

il y avait 56 hôpitaux de jour psychiatriques en France) car il nous est apparu :

- que du fait de leur grand nombre il n'existe plus un hôpital de jour mais plusieurs catégories offrant des options très variées propres à la psychiatrie (allant du simple centre d'hébergement ou d'ergothérapie au centre de post cure intensif).

- qu'il était complètement intégré dans le cadre du "secteur d'hygiène mentale".

- enfin et surtout que la psychiatrie est une discipline trop différenciée des autres spécialités médicales et que les motifs de la création d'une hospitalisation à mi-temps, ses avantages, ses inconvénients lui sont en général propres. C'est probablement dans ce domaine que l'hospitalisation à temps complet s'avérait le plus nocif pour le patient posant de plus ultérieurement de difficiles problèmes de réinsertion.

2° - L'hôpital de Jour d'Hématologie Paul Chevallier conçu dès 1962 (cette date correspond à la mise en service des premiers Hôpitaux de Jour psychiatriques en France) il a commencé à fonctionner en octobre 1968 dans le service du PR. Jean BERNARD à 'lHôpital Saint-Louis, sous la direction des Docteur J. CAEN et J. DELOBEL.

a) il avait pour but :

- de prendre en charge un nombre accru de malades en milieu hautement spécialisé.

- de permettre le plus possible le maintien du malade dans son milieu familial, scolaire ou professionnel.

- de réserver l'hospitalisation à temps complet aux maladies plus complexes ou à symptomatologie aigue ou encore à celles dont le traitement nécessitait une surveillance continue : ceci a ainsi permis de réduire les listes d'attente.

Il fallait donc :

- éviter au malde des déplacements répétés en groupant le plus possible les éxamens nécessaire au diagnostic.

- réduire au maximum les durées d'hospitalisation afin d'extraire le moins longtemps possible le malade de son milieu et d'accueillir le plus grand nombre de malades.

b) Les locaux - le personnel.
La superficie de 550 mètres carrés peut être divisée en 3 parties :

= une première partie comprend le hall d'entrée, la cuisine, la salle à manger, une salle d'attente et une salle d'archives (où travaille une sécrétaire de l'Assistance Publique) dans le hall se trouve le secrétariat :

- une secrétaire de l'Assistance Publique.
- une secrétaire de la sécurité sociale.

Les deux autres parties sont desservies par un long couloir où s'ouvrent de part et d'autre les différentes pièces du service.

= la seconde partie comporte les bureaux des chefs de service et trois laboratoires.

= la troisième partie se compose du bureau de l'Assistant, celui de la surveillante, une pièce pour les infirmières, trois chambres, sept boxes, une salle d'opération avec une salle de stérilisation attenante. ⁎

Quant au personnel hospitalier, il est relativement restreint :

- une surveillante,
- trois infirmières,
- deux aides soignantes,
- un garçon de course.

c) l'organisation :

- ouvert du lundi au vendredi de 8 H 30 à 16 H 30,

- l'autonomie du service se situe à 3 niveaux :

  - les locaux,
  - le personnel,
  - laboratoires ++

La veille de chaque journée d'hospitalisation a lieu une réunion de l'équipe soignante où il est décidé dans la limite du prévisible les examens pour les malades du lendemain.
Pour chaque malade le dossier est vu : avant son arrivée, pendant son hospitalisation et après son séjour.
Le jour de l'hospitalisation le malade est reçu par la secrétaire et conduit à sa chambre ou à son boxe : on y effectue les prélèvements sanguins. A leur issue le malade reçoit un petit déjeuner qu'il prend à son choix dans son lit ou dans la salle à manger.

⁎ d'après un article de J. CAEN et J. DELOBEL "Hôpital de Jour en Hématologie" CONCOURS MEDICAL 13 - 11 - 1971

Puis il est examiné, une observation est prise, et d'éventuels nouveaux examens sont alors réalisés. En cas de traitement chimiothérapique, les résultats des examens sont donnés au médecin en fin de matinée qui peut alors décider si le traitement peut être fait et à quelle dose. Il sera effectué dès le début de l'après midi.

La responsabilité des repas est confiée à une diététicienne qui a le souci de présenter de manière agréable le repas des malades. Dans une même perspective cette considération de la partie hôtellière se retrouve dans la possibilité qu'ont les familles des malades, de déjeuner avec ceux ci dans la salle à manger.

En début d'après midi uen réunion permet de recevoir le dossier avec les premiers résultats et surtout, en ce qui concerne les malades hospitalisés en vue d'un diagnostic d'orienter la conduite ultérieure : nouvelle consultation auprès du consultant, nouvelle hospitalisation de jour ou hospitalisation à temps complet pendant quelques jours.

De toute manière les rendez-vous sont toujours fixés lorsque tous les résultats des examens sont connus. A la fin de la réunion :

- une lettre est envoyée au médecin traitant l'informant du résultat des premières investigations et de la conduite à tenir.

- le malade est informé de ce qui a été constaté et décidé.

D'octobre 1968 à juin 1973 avec une capacité d'accueil de 10 lits fonctionnant 5 jours par semaine, 11 mois par an, l'hôpital de jour Paul Chevallier a pris en charge 2.846 malades

réalisant 8.437 journées d'hospitalisation (coefficient d'occupation 86,6 %) ; le nombre moyen de jours d'hospitalisation par malade a été de 3,4. (J. CAEN et J. DELOBEL - REVUE DU PRATICIEN N° 30 du 25 - 5 - 1974).

d) les enseignements fournis par l'expérience hématologique.

= l'aspect relationnel et humain :

- malgré l'aspect strict et mécanique, difficile à vivre de l'extérieur, la plupart des malades qui ont l'expérience des 2 types d'hospitalisation préfère cette formule d'hospitalisation à mi-temps.

- pour le personnel infirmier malgré l'absence de "temps morts", le programme à respecter, la difficulté d'entretien avec le malade, le bilan parait également positif avec :

  . augmentation de l'intérêt intellectuel,
  . plus grande responsabilité,
  . suppression des taches d'hotellerie.

- enfin ce mode d'hospitalisation induit une étroite coopération avec le médecin traitant.

= il faut insister sur 4 points :

- la rapidité de la possibilité d'arriver au diagnostic : Caen et Delobel rappellent

qu'en hospitalisation à temps complet il faut en moyenne 9 jours pour obtenir un diagnostic alors que dans leur unité il peut être obtenu en 28 H.

- l'étroite collaboration avec les laboratoires et les services radiologiques y contribuent d'une manière prépondérante.

- Aidé en cela par un secrétariat particulièrement compétent et rapide.

- enfin, il faut mentionner ici l'importance réservée à l'hotellerie.

= L'écueil évident serait de sombrer dans une médecine de dossiers où l'on serait bien loin de l'humanisation de l'hôpital c'est pour cela que les auteurs insistent sur 3 impératifs :

- établir un dialogue avec le malade en lui expliquant les examens qu'il va subir, les conclusions de sortie.

- tenir scrupuleusement le médecin traitant informé.

- veiller en cas d'hospitalisations multiples à ce que le malade soit dans la mesure du possible confié au même externe et à la même infirmière.

3° - L'Hôpital de Jour gériatrique d'Ivry

- ouvert en jui 1971, il est dirigé par le DR. BERTHAUX assisté du DR. LAURENT.

Il faut d'emblée souligner que l'Hôpital de Jour apparait encore plus justifié pour les vieillards que pour les adultes en raison des conséquences psychiques et somatiques qu'entraine bien souvent l'hospitalisation d'une personne âgée : dans leur majorité les vieillards hospitalisés connaissent une sénélité beaucoup plus rapide et deviennent vite grabataires; la salle plus particulièrement réservée aux problèmes gériatriques à Tarnier illustre de manière particulièrement éloquente ce problème : la confrontation du vieillard à puissance intellectuelle et personnalité faiblissante, présentant facilement des troubles pathologiques multiples, avec l'hospitalisation traditionnelle.

Cet état de fait est d'autant plus navrant que bien souvent le motif de l'hospitalisation se résume à l'exécution d'un traitement (éventualité particulièrement facile en dermatologie). En effet, 2 possibilités sont théoriquement offertes pour traiter ce genre de problème médico-social :

- l'hospitalisation à domicile pour les impotents.

- la consultation externe pour ceux qui peuvent se déplacer sans trop de difficulté.

or :

- l'hospitalisation à domicile est encore au stade des premiers balbutiements.

- la consultation externe est en règle surchargée et ne peut convenablement assurer des soins réguliers.

Il ne reste donc plus en général que 2 solutions bâtardes, toujours néfastes pour le malade :

- soit le maintenir à domicile le laissant bien sur assumer seul des soins qu'il ne peut que très médiocrement réalisés (source en dermatologie de bon nombre de dermatoses "qui ne guérissent pas" et dont l'évolution chronique est parfois émaillée d'accidents aigus pouvant mettre en danger la vie du malade).

- soit l'hospitaliser avec les risques psycho-somatiques que cette décision entraine.

2 cas particuliers peuvent se rencontrer, relatifs au mode de vie du vieillard malade :

- parfois il habite un hospice, et dans ce cas l'état de maladie aboutit très souvent à l'hospitalisation, la plupart des hospices se refusant en effet à à prendre en charge, dès que les soins sont quelque peu onéreux, le traitement de leurs pensionnaires.

- ailleurs le vieillard est pris en charge par sa famille et alors se pose souvent le risque "d'éclatement du groupe familial" qui a pour première conséquence l'hospitalisation du malade.

Toutes ces considérations médico-sociales montrent à quel point la nécessité de l'ouverture de l'hôpital nous apparait pressente, notamment lorsqu'elle prend la forme d'un hôpital de jour qui permet de dispenser des soins dans des conditions optimales et d'intervenir efficacement, lorsqu'il se pose, dans le conflit veillard-maladie-famille que nous venons d'évoquer brièvement.

En effet, L. Z. COZIN insiste beaucoup sur cet aspect de la maladie chez le vieillard et le conflit à l'intérieur de la cellule familiale qu'elle peut provoquer à tel point que "la demande d'admission à l'hôpital de jour émane souvent de l'omni praticien qui voit se détériorer la situation familiale". Pour l'auteur (Journées internationales de médecine urbaine, Grenoble 1970 - à propos de l'hôpital de jour gériatrique d'Oxford - C. Medical 6 II 1971), il apparait que pour "des raisons plus sociologiques que psychiatriques" l'hospitalisation de jour est ce qui a le mieux brisé le cercle vicieux des mauvaises relations familiales avant l'aboutissement inévitable à une une hospitalisation définitive ou à un internement : cela permet le partage de la prise en charge, entre la famille et la société, du vieillard qui souvent vit très mal sa maladie.

Le DR. BERTHAUX met en évidence "2points noirs" rencontrés fréquemment :

- d'une part la difficulté soulevée par le trajet domicile-hôpital, les vieillards ne pouvant en grande majorité venir par leurs propres moyens :

  . un essai de "ramassage" par taxi a échoué.
  . c'est actuellement 1 mini bus qui chaque matin et chaque soir assure le déplacement des malades. Mais ce ramassage de 10 à 15 malades par jour est doublement fatiguant pour eux :
    - bien des vieillards vivent dans des petits appartements, hauts situés, sans ascenseur ;
    - la durée moyenne du transport est de 1 heure le matin et 1 heure le soir.

- d'autre part la difficulté de collaboration avec les médecins traitants, plusieurs ayant émis la crainte que cette nouvelle organisation ne se traduise pour eux par une réduction de leur clientèle : "nous ne leur "prenons" pas leur malade" précise le DR. BERTHAUX "bien au contraire nous les leur rendons en empêchant une hospitalisation définitive".

4° - la discussion - le bilan

A) d'emblée on peut isoler un certain nombre de points qui semblent le fait de l'hospitalisation de jour indépendamment de la discipline dans laquelle on l'instaure.

a) l'hopital de jour s'inscrit dans la volonté d'humaniser l'hôpital public :

- il transforme radicalement le problème de la désinsertion du milieu familial et socio - professionnel.

- il supprime l'aspect carcéral de l'hospitalisation classique.

- il diminue considérablement l'importance "du lit" pendant le séjour d'hospitalisation :

  . participant ainsi à la restauration de l'identité du malade.

. allant de pair avec une augmentation de la qualité de l'hôtellerie.

- il permet d'éviter la promiscuité gênante entre le malade grave et/ou au stade critique, qui nécessite une attention de tous les instants, et le malade dont l'état général est peu atteint, contribuant ainsi à minimiser la maladie de ce dernier (cette dédramatisation de la situation ajoutée à la non désinsertion du milieu familial semble capital chez l'enfant).

- il permet également d'accueillir des malades qui ne pouvaient, ou ne voulainnt, être hospitalisés à temps complet bien que leur état de santé nécessitât une hospitalisation.

b) l'hospitalisation de jour permet de désengorger les services à plein temps et,

c) elle présente, pour la société, un intérêt économique certain :

- en effet la collectivité a intérêt à ce que le malade soit soigné de façon rapide et efficace en évitant au maximum l'hospitalisation qui le coupe de son milieu socio - professionnel et nécessite lors de sa sortie un temps de réadaptation indispensable avant de retrouver son efficience complète : en diminuant la durée d'hospitalisation, avec un "stress de désinsertion" moins traumatisant l'hôpital de jour concourt actuellement à hâter

le retour du malade à la vie active.

- de plus il augmente l'image de marque de l'hôpital publique en contribuant à son "humanisation".

- enfin il réduit le coût santé :

. diminution des frais d'hospitalisation (durée calculée plus juste, pas de frais d'hotellerie nocturne).
. moins de durée d'extraction de la vie professionnelle.
. avec une efficience plus rapidement retrouvée.

d) Particulièrement pour les âges extrêmes de la vie, l'hôpital de jour va poser 3 types de problèmes, beaucoup plus sociaux que médicaux :

- tout d'abord le problème du "ramassage". Nous l'avons déjà vu et nous en reparlerons car il est sans nul doute très important.

- d'autre part, du fait de l'insuffisance des services d'hospitalisation à domicile, l'hôpital de jour va être amené à empiéter considérablement (surtout dans son option thérapeutique) sur le recrutement de cette autre forme d'ouverture de l'hôpital.

- enfin, il faut tenir compte du fait que l'hôpital traditionnel joue, lorsque le milieu socio économique est très faible ou l'isolement affectif intense un rôle compensateur vis à vis de ces carences : en rompant l'équilibre précaire la maladie offre alors parallèlement la possibilité d'être

pris en charge par l'institution d'une façon plus adéquate que le milieu d'origine ; l'hôpital de jour en modifiant la dépendance passive qui est de mise dans l'hospitalisation traditionnelle répond moins intensément à la demande de régression de ces malades et/ou de sécurité matérielle d'autant plus que bien souvent l'hospitalisation à temps complet du fait de conventions internes et des mutuelles représente le gite et le couvert gratuits.

cette notion a notamment été vérifiée lors d'une enquête effectuée à l'Hôpital Tarnier (cf le chapitre Hôpital de Jour en dermatologie) et posera des problèmes qu'il conviendra de résoudre de la manière la plus souple et la plus adaptée possible.

B) Cependant nous venons de voir 2 options de l'Hôpital de jour, dans des spécialités très éloquées :

- un service hyper-spécialisé d'hématologie àvisée essentiellement diagnostique ; discipline dans laquelle la démarche diagnostique et thérapeutique est parfaitement codifiée - peut-être parce que l'hématologie se prête particulièrement au raisonnement scientifique et logique.

- un service au contraire traitant une pathologie très diversifiée chez des vieillards assez souvent organiquement et intellectuellement débilités, et à visée essentiellement thérapeutique et médico-sociale.

a) si nous reprenons les enseignements fournis par l'unité d'hématologie :

= rappelons,

- les points qui semblent particulièrement importants dans ce type d'option, où nous l'avons vu dans le but d'écourter au maximum la durée d'hospitalisation, le "rendement" est particulièrement élevé :

  . un secrétariat fonctionnant parfaitement.
  . des examens complémentaires réalisés et interprétés dans les délais les plus brefs.

- le corollaire étant :

  . un personnel peu apte à établir une relation humaine très poussée avec le malade, et dont l'emploi du temps est minuté : sans temps de latence.
  . le risque d'une "médecine de dossier".

- l'effort particulier au profit des conditions d'hébergement :

  . le séjour du malade ne se déroule plus sous le "haut patronage du lit".
  . les repas sont assurés par un personnel spécialisé (non soignant) qui les présente de manière agréable.
  . et dispose d'une salle à manger pour les offrir au malade.
  . préoccupation de ne pas laisser le malade oisif.
  . enfin le fait que les "accompagnateurs" ne sont plus refoulés dans les couloirs ou les hall d'at

tente et qu'ils ont de plus la possibilité de déjeuner avec "leur" malade.

- enfin une étude effectuée par Caen et Delobel sur 40 malades (ayant été auparavant hospitalisés en hôpital traditionnel) : sur ces 40 malades 39 étaient très favorables à l'hôpital de jour. A l'occasion de cette enquête aucune fois le sentiment d'insécurité n'a été retrouvé sur les questionnaires distribués.

b) l'exploration, vocation essentielle de cette option, nécessite une multiplication d'examenx onéreux qui doivent être exécutés dans les délais les plus brefs pour chaque malade. Cette nécessité fait apparaitre :

- la désuétude de la tarification actuellement en en vigueur à l'hôpital public :

  . elle est en effet basée sur le "prix de journée (depuis le 26 mars 1888) qui est le résultat de la division de l'ensemble des dépenses par le nombre de journées d'hospitalisation ; il est fixé pour un hôpital donné par grand service (médecine, chirurgie, maternité).
  . son avantage est son extrême simplicité (pour le malade, l'hôpital, les organismes de remboursement).

. en dehors du fait que ce mode de tarification fausse la concurrence avec le privé, il va surtout à l'encontre d'une bonne gestion en favorisant la maintenance du malade en milieu hospitalier le plus longtemps possible ; à l'inverse un service où la gestion est bonne c'est-à-dire où les durées de séjour sont brèves aura un prix de journée très élevé : ce qui sera particulièrement le cas de l'Hôpital de Jour dont l'un des buts principaux est d'hospitaliser le malade le moins longtemps possible.

. c'est pourquoi il faut s'orienter vers la vérité des coûts :

- en séparant ce qui revient aux soins de ce qui revient à l'hébergement, au personnel et au fonctionnement administratif.

- ce coût des soins ne devant pas être calculé de manière globale mais en fonction d'un coût-maladie pré-établi spécifique pour chaque maladie.

- qu'il serait souhaitable, étant donné son mode de gestion particulier que l'hôpital de jour soit doté d'un poste de médecin responsable à côté de la direction administrative. De cette manière l'administration disposerait ou même trouverait en face d'elle un interlocuteur techniquement informé qui permettrait également une grande souplesse et une utilisation optimale des crédits alloués.

b) Le bilan de l'hospitalisation de jour en gériatrie, hospitalisation à option essentiellement médico sociale.

- Nous avons vu que la gériatrie caricaturait dans son extrême, sur un terrain particulier, les méfaits de l'hospitalisation à temps complet.

- Pour le personnel de l'hôpital de jour gériatrique le travail semble moins prégnant que dans l'unité hématologique dans la mesure où :

  - les impératifs horaires sont beaucoup moins stricts.
  - les examens pratiqués beaucoup moins nombreux et rarement très spécialisés.

De ce fait l'infirmière dans ce type d'hôpital de jour est moins l'auxiliaire technique du médecin que l'auxiliaire morale du malade.

- les écueils rencontrés : nous avons vu que le DR. BERTHAUX soulignait 2 problèmes :

  = le problème de la relation avec les médecins traitant des "pensionnaires" de l'hôpital de jour, problèmes qui parait essentiellement lié à un quiproquo d'ordre commercial ...

  = le problème posé par le transport des vieillards mérite une attention particulière : en effet il met en évidence pour les personnes se déplaçant avec difficulté la nécessité de l'introduction d'un "secteur géographique" ; si comme nous le verrons plus loin (cf Hôpital de Jour dermatologique du DR. GRUPPER) une personne active peut venir à l'hôpital de

jour par ses propres moyens le problème est tout à fait différent pour les malades à possibilité de déplacement limité ; et, dès lors qu'un service de "ramassage" automobile est en place apparait tôt ou tard la nécessité de la mise en place d'une sectorisation :

- pour limiter le périple des minis cars, évitant ainsi de passer trop de temps dans le véhicule.

- pour éviter la superposition des trajets des mini-cars au fur et à mesure que des unités nouvelles d'hôpital de jour se créeront.

Ainsi une sectorisation apparait nécessaire lorsqu'un certain nombre de ce type de service sera mis en place, au moins pour les personnes qui utiliseront le mode de transport fourni par l'hôpital.

UN HOPITAL DE JOUR EN DERMATOLOGIE

1° - Pourquoi un hôpital de jour en dermatologie.

- il faut d'abord rappeler qu'en pratique quotidienne un omnipraticien se trouve confronté environ une fois sur dix avec un problème dermatologique.

Ce vaste recrutement amène bien souvent à prendre des décisions d'hospitalisation et la nuance apportée par l'hôpital de jour dans le mode de prise en charge du malade est un des éléments qui justifie sa création.

- deux autres éléments apparaissent prépondérants :

  - d'une part lorsque le problème dermatologique nécessite une hospitalisation c'est rarement parce qu'il bouleverse l'état général et exceptionnellement parce qu'il met l'existence en péril : il ne justifie plus alors de surveillance nocturne et la promiscuité souvent traumatisante de malades plus gravement atteints.

  - d'autre part comme nous le reverrons ce problème est en général un problème de traitement qui est le plus souvent réalisé par "l'équipe de jour".

Au total il convient donc d'insister d'emblée sur la fréquence des hospitalisations pour des problèmes thérapeutiques, en règle dispensés dans la journée, rendant inutile une hospitalisation à temps complet qui bien souvent cristallise l'énergie psychologique du sujet sur sa maladie.

2° - Parler d'un hôpital de jour en dermatologie, c'est essayer d'en poser les éventuelles indications.

a) bien évidemment comme nous l'avons déjà dit, l'hôpital de jour n'entend absolument pas se substituer à l'hospitalisation à temps complet et nombreux sont les cas eñ l'hospitalisation traditionnelle est encore pleinement justifiée :

- les stades terminaux :

  . des hématodermies,
  . des cancers cutanés,
  . des naevo carcinomes.

- les maladies aigues graves qui peuvent mettre brutalement en jeu la vie du malade :

  . oedème de Quincke,
  . syndrome de Lyell,

- les grandes poussées, car elles atteignent facilement l'état général ; de toute manière l'intensité et l'étendue de l'atteinte des téguments avec les risques qu'elles entrainent et les problèmes thérapeutiques qu'elles posent nécessitent une hospitalisation complète, au moins à leur début. Citons :

  . les grandes poussées de bullose : Stevens-

Johnson, Pemphigus, Duhring-Brocq.

. les grandes poussées de psoriasis surtout dans sa forme pustuleuse.

. les grandes poussées d'eczéma aigu.

. les grandes dermatoses infectieuses ou les grandes surinfections (diabètiques, carences immunitaires).

- les gangrènes cutanées importantes.
- les maladies qui indirectement mettent en danger la vie du malade :

. soit par la toxicité du traitement et les risques qu'il entraine : corticothérapie à dose massive, certaines chimiothérapies.

. soit pour des problèmes nutritionnels : les grandes déperditions liquidiennes et caloriques des grands suintements, les carences d'apport importantes dues à l'impossibilité d'absorber nourriture ou liquide : Pemphigus, Stevens - Johnson, aphtose.

b) avant d'énumérer un certain nombre d'indications éventuelles à une hospitalisation de jour, examinons un point qui parait très important : l'appréciation de la gravité de la maladie, élément prioritaire dans le choix du mode d'hospitalisation.

Il s'avère que quel que soit le mode de classification adoptée pour poser les différentes indications ; Hôpital

de jour, Hospitalisation à temps complet, un élément déterminant va guider notre choix : la notion de gravité de la maladie.

Nous venons de voir quelques exemples de maladies pour lesquelles l'hospitalisation à temps complet sera la règle : elles ont pratiquement toutes pour point commun la gravité. On imagine alors que le malade et la population risquent de lier le mode d'hospitalisation choisi par le médecin au pronostic de la maladie : l'hopsitalisation à temps complet devenant alors synonyme de maladie très grave, l'hospitalisation de jour étant le signe d'une maladie moins proche de la mort. C'est pourquoi dans l'optique d'une grande unité de jour il va importer d'essayer le plus possible "de mêler les pronostiques" pour éviter cette ségrégation qui serait, on s'en doute, hautement néfaste en cas d'hospitalisation à temps complet (dans cette optique la prise en charge de quelques chimiothérapies s'avérerait très intéressante).

c) Les éventuelles indications d'un hôpital de jour en dermatologie.

A propos de cette classification des indications, il faudra se souvenir :

- que l'hôpital de jour est une des 4 possibilités de prise en charge du malade par le système hospitalier
  (- consultation externe
  - hospitalisation à temps complet,
  - hospitalisation de jour,
  - hospitalisation à domicile).

de ce fait bien souvent ses indications seront discutables,

empiétant sur le recrutement possible de 3 autres formes.

- et que par conséquent cette tentative de classification n'aura que la valeur d'un essai.

Nous distinguons 4 groupes d'indications :

- l'hospitalisation pour exploration, dans un but diagnostique ou pour faire le bilan de l'atteinte d'une maladie déjà étiquetée ; ce groupe d'indications se rapproche du type de recrutement de l'hôpital de jour hématologique.

- l'hospitalisation de jour, protection offerte par la société aumalade dont les conditions socioéconomiques et/ou l'équilibre psychosomatique plus ou moins précaire s'adaptent mal aux possibilités traditionnelles; ce type d'hospitalisation va comporter un certain nombre de points communs avec l'hôpital de jour gériatrique.

- ailleurs l'on portera l'indication de l'hospitalisation de jour pour bénéficier d'une plus grande compétence dans la manière dont le traitement est dispensé.

- enfin, un cerain nombre de dermatoses ayant dans un premier temps nécessité une hospitalisation à temps complet peuvent une fois le stade aigu passé, bénéficier de l'hôpital de jour lorsque la phase de consolidation est amorcée.

<u>L'hospitalisation de jour à visée exploratrice.</u>

= si dans un premier temps nous avons fait l'analogie entre cette option de l'hôpital de jour dermatologique et l'hôpital hématologique c'est dans une optique volontairement schématique.

Nous savons en effet que si la présence d'un ganglion ou d'une rate oriente le diagnostic en hématologie, la possibilité de palper et de voir les lésions permet dans bons nombres de cas en dermatologie d'aboutir au diagnostic. La démarche diagnostique étant alors toute entière comprise dans l'examen clinique ; il faut pour cela prendre le temps d'interroger et d'examiner le malade ; c'est ce problème du temps à consacrer au patient qui se pose souvent de manière aigue dans les consultations externes : fréquemment mal organisées, abondamment pourvues en malades, nettement moins pourvues en médecins, réalisant alors le tableau des "patients" entéssés sur des bancs, devant la "porte", et attendant des heures durant, "leur" tour...
De la même manière que des hospitalisations à temps complet médicalement contestables ont été dénoncées il ne faudrait pas transformer l'hôpital de jour dans cette option exploratrice, en "trop plein" de la consultation externe : hospitalier les malades qui sortent de la pratique courante pour se réserver ultérieurement le temps, dans le cadre de l'hospitalisation de jour, de les examiner complètement ; l'on sait en effet les conséquences psycho affectives, pour le malade, et économiques, pour la société,; qu'impliquent la décision d'hospitalisation.

Il ne faut cependant pas perdre de vue que le"diagnostic n'est pas une fin en soit" et qu'il appartient au vocabulaire ésotérique des médecins : le malade ne vient pas consulter pour le diagnostic, il vient surtout pour connaitre la gravité de sa maladie et être soigné, confondant diagnostic et pronostic.

Cette double étape, démarche diagnostique et établissement de pronostic, peut nécessiter des examens multiples et peu traumatisants. Lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre dela consultation externe, ces examens sont bien souvent à l'origine d'une perte de temps considérable et d'inconfort pour le malade.

Au total :

A la différence de l'hôpital de jour hématologique l'option démarche diagnostique ne sera pas la plus importante dans l'hôpital de jour dermatologique ; il apparait cependant que l'hospitalisation dans cette unité permettra d'effectuer des explorations à visée diagnostique plus complexes et des bilans complets beaucoup plus rapidement que la consultation externe.

Nous insistons sur l'écueil qui consisterait à transformer le département exploration de l'hôpital de jour en "trop plein" d'une consultation externe mal organisée.

= un certain nombre de dermatoses semblent pouvoir bénéficier d'une hospitalisation de jour à visée exploratrice citons :

- certaines dermo-hypodermites : l'érythème noueux, l'érythème induré de Bazin.
- certaines dermatoses allergiques ;
- certaines dermatoses dysmétabolique et nutritionnelles;
- les problèmes posés pour le diagnostic étiologique d'un ulcère de jambe survenant chez un adolescent ou un adulte jeune ;
- les bilans de certaines génodermatoses ;
- les maladies de système : lupus, sclérodermie,

dermatomyosite, sarcoïdose ;
- le problème posé par l'appartion d'un état ichtyosiforme chez un adulte "mûr".

L'Hospitalisation de jour pour un motif intriqué médico social

- Si l'hôpital de jour va permettre d'éviter un certain nombre d'hospitalisation à temps complet médicalement contestable,

- il va également permettre à certains malades qui refusaient l'hopitalisation traditionnelle de bénéficier d'un nouveau mode de prise en charge plus compatible avec leurs besoins.

= évoquer le problème des hospitalisations pour des motifs médico sociaux c'est, comme nous l'avons vu lors du paragraphe consacré à l'hôpital de jour d'Ivry, posér le problème du vieillard démuni face à la maladie.
Schématiquement 2 cas vont se poser :

- parfois il s'agira d'une dermatose nécessitant une exploration, la dermatose étant l'un des symptômes d'une maladie à rechercher. Citons par exemple : la recherche d'un cancer profond devant un état ichtyosiqu apparu récemment ou devant une métastase cutanée indifférenciée.
Dans ce cas, les examens pratiqués vont fatiguér le vieillard et une hospitalisation à temps complet judicieusement préparée sera préférable.

- ailleurs et c'est la majorité des cas, se pose le problème du vieillard qui présente une affection dermatologique connue qu'il ne peut traiter à domicile dans des conditions satisfaisantes.

  . avant tout il s'agit des ulcères de jambe et des "eczémas" variqueux très fréquents chez ces malades au système veineux altéré.

  . mais également des escarres constitués à l'occasion d'une maladie intercurrente ayant nécessité l'alitement (grippe, fractures).

L'hospitalisation d'un malade pour un ulcère de jambe même à mi-temps, peut paraitre médicalement injustifié mais nous savons que :

  . le traitement d'un ulcère de jambe en consultation externe est réservé au malade pouvant se déplacer facilement. De toute manière du fait du mauvais fonctionnement des consultations, cette solution s'avère en pratique très peu satisfaisante.

  . la meilleure solution serait l'hospitalisation à domicile mais elle très peu développée actuellement

  . de toute manière traiter un ulcère requiert un savoir faire presque manuel et l'on peut penser que sa réalisation par des infirmières spécialisées hâtera sa guérison.

= l'hôpital de jour va permettre à certains malades qui refusent l'hospitalisation à temps complet de bénéficier d'une autre solution compatible avec leur état de santé et leur demande :

- il s'agira par exemple des mères de famille qui pourront bénéficier de la souplesse d'horaire de l'hôpital de jour.

- ou de certains malades qui ont refusé l'hopsitalisation traditionnelle pour des motifs professionnels ou personnels.

= gardons présent à l'esprit le problème des "laisser pour compte de la société de consommation" pour quil'hospitalisation à temps complet représente des conditions de vie plus clémentes et qui préféreront cette solution à l'hospitalisation de jour (cf. l'enquête effectuée dans le service des hospitalisés de l'Hôpital Tarnier).

l'Hospitalisation pour un problème spécifique à la dermatologie.

Après avoir étudié 2 options possibles de l'hôpital de jour dermatologique pouvant être comparées à des expériences déjà réalisées dans d'autres disciplines, nous arrivons dans ce 3ème paragraphe à un type d'indication propre à la dermatologie : l'hospitalisation liée à l'étendue des lésions ou à la compétence dans l'application des traitements.

= l'hospitalisation motivée par la compétence thérapeutique des infirmières dermatologistes; la technique des infirmières spécialisées s'avère beaucoup plus efficace que celles des non dermatologistes ; c'est là un point essentiel fort bien connu en dermatologie : un ulcère de jambe "qui ne guérit pas" ou une poussée de psoriasis qui ne régresse pas se trouvent souvent "miraculeusement" transformés au cours d'une hospitalisation dans un service spécialisé . Parmi les dermatoses qui illustrent le mieux cette dextérité nous pouvons citer :

- le psoriasis,
- l'eczéma,
- les ulcères de jambe,
- les bulloses,
- le lichen,
- les atteintes cutanées d'origine mycosique.

= L'étendue des lésions est très souvent un motif d'hospitalisation en dermatologie, malgré un état général satisfaisant. Le traitement local d'une dermatose étendue est en effet très souvent inefficace. En fait, il est rarement tenté et 3 motifs expliquent cette position réservée :

- nous venons de voir la "dextérité" des infirmières dermatologistes : c'est le motif technique.

- il est difficilement concevable de continuer à vivre chez soi lorsque présentant un psoriasis étendu on doit s'enduire de la tête au pied d'une pommade en général fort salissante : c'est l'aspect "lingerie" du problème que rencontrent les malades qui se traitent à domicile.

- enfin, l'hôpital dispose d'un matériel onéreux et encombrant dont l'utilisation permet de hâter la guérison de bon nombre de dermatoses, par exemple:
    - . appareil de Lucas Championnière,
    - . cabines à ultra violet
    - . douche filiforme.

= A côté de ces 2 indications majeures, nous pouvons mentionner 2 autres indications également d'ordre thérapeutique qui pourraient figurer dans les traitements dispensés à l'hôpital de jour :

- la petite chirurgie itérative, longue et minutieuse, qui bien souvent faute de temps ne peut être accomplie dans le cadre de la consultation externe : l'hôpital Tarnier bien que pourvu d'une salle d'opération et de 2 salles de traitements ne peut accueillir tous les malades recrutés par la consultation externe :ainsi certains malades sont orientés vers un spécialiste exerçant dans le cadre de la médecine libérale pour des interventions telles que :
    - . meulage,
    - . dermabrasion,
    - . nettoyage de peau
    - . exérèse mécanique ou électrique.

- certaines chimiothérapies pourraient être effectuées également à l'hôpital de jour. Cette prise en charge des chimiothérapies aurait comme autre avantage

d'élargir la gamme des maladies traitées à mi-temps, évitant la ségrégation des pronostics entre les dermatoses hospitalisées le jour et celles qui sont hospitalisées à temps complet, et visant ainsi à éviter la dichotomie qui risque de s'opérer dans l'opinion publique.

Au total, la thérapeutique des dermatoses étendues constitue le type même d'une indication à une hospitalisation de jour :

- elle va représenter la plus grande partie du recrutement de l'hôpital de jour.
- ne présentant aucune frontière discutable avec la consultation externe et l'hospitalisation à domicile.

C'est d'ailleurs pour traiter une dermatose étendue, nécessitant un badigeonnage complet, une lignerie abondante, un appareillage volumineux, le psoriasis, que le DR. GRUPPER à crée dans son service à la Fondation Rothschild un hôpital de jour spécialisé dans le traitement des psoriasis.
Ce traitement est effectué selon la méthode de Goeckerman qui associe des séances d'ultra violet et des applications de goudron de houille (ces dernières devant être conservées durant tout le nycthemère).
Les malades arrivent le matin dans le service par leurs propres moyens ; ils vont rester 6 à 7 heures. Ils disposent :

- d'un vestiaire personnel et revêtent dès leur arrivée un pyjama fourni par l'hôpital.

- d'un salon avec fauteuils, tables, télévision et bibliothèque.

Sur le plan thérapeutique l'organisation des soins se fait de la manière suivante :

- le matin un bain d'U. V. en cabine (les cabines sont disposées autour du salon).

- suivi d'une application de pommade (dans des locaux distants d'une quinzaine de mètres du noyau central).

- nouveau bain d'U. V. l'après midi.

- le soir avant de quitter le service : bain de nettoyage.

- les malades, en rentrant à leur domicile doivent faire une nouvelle application de pommade pour la nuit.

Un entretien fut effectué avec les malades du service :

- leur moyenne d'âge était d'environ 50 ans.

- beaucoup travaillaient, certains avaient des enfants.

- le fait de venir à la Fondation par leur propre moyen (en général, transports en commun) ne leur posait pas de problème bien que certains devaient faire de longs trajets (2 traversées de Paris Sud-Nord).

- Enfin, tous préféraient ce mode d'hospitalisation à l'hospitalisation traditionnelle.

L'hôpital de jour pour consolider ou surveiller

C'est la dernière option que nous attribuons à l'Hôpital de jour dermatologique.

Consolider :

. une fois passé le stade aigu d'une dermatose ayant nécessité une hospitalisation à temps complet, le malade peut être transféré à l'Hôpital de Jour; ce pourra être le cas d'un eczéma aigu généralisé et d'une manière générale de toutes les grandes poussées.

. de la même manière lors de la descente progressive d'une corticothérapie, le passage de l'hôpital de jour pendant que l'on recherche la dose minimale efficace ou en attendant l'arrêt complet du médicament, sera beaucoup plus agréable pour le malade.

L'hôpital de jour permettrait également de surveiller les maladies à évolution chronique qui demandent des bilans itératifs : hématodermies, maladies de système par exemple.

AMENAGEMENT D'UN HOPITAL DE JOUR A L'HOPITAL TARNIER

1° - la pathologie dermatologique vue à Tarnier :

a) à la consultation externe : l'étude de 1000 dossiers de consultation (thèse 1973 - A. DE CHAMPEAUX : "évaluation des connaissances dermatologiques des praticiens et des médecins hospitaliers") a permis de relever les diagnostics suivants :

121 eczémas,
67 mycoses,
14 pityriasis versicolors,
34 gales,
19 pityriasis rosé de Gibert,
12 dermites séborrhéiques,
39 acnés,
18 verrues séborrhéiques,
34 psoriasis,
28 tumeurs malignes cutanées,
15 herpès,
5 aphtoses,
24 végétations vénériennes,
52 verrues,
26 naevi,
10 lichens,
17 urticaires,
20 alopécies,
11 kystes sébacés,
9 fibromes,

4 vitiligos,

6 mollusca contagioso,

12 lichens scléro atrophiques,

12 ulcères de jambe.

b) dans le service des malades hospitalisés (relevé des diagnostics pour l'année 1973) :

64 dermatoses allergiques (dont 57 eczémas),

9 toxidermies,

2 lucites,

32 psoriasis,

9 bulloses,

6 lichens,

37 ulcères de jambe,

7 dermites de jambe,

19 dermatoses infectieuses bactériennes,

3 dermatoses infectieuses virales,

25 dermatoses infectieuses parasitaires (dont 15 mycoses),

2 hypodermites,

16 maladies de système,

6 maladies avec ou par dysmétabolisme,

15 problèmes syphillo-vénériens.

On hospitalisera également : 1 acné, 3 prurits,isolés, 2 érythrodermies, 1 kaposi, 4 prurigos, 1 aphtose buccale, 1 trisymptome de Gougerot, 1 purpura thrombopénique, 5 hématodermies, 1 vascularite nodulaire, 3 Gougerot Sjogrën, 4 cancers viscéraux avec métastases cutanées, 1 baso cellulaire, 1 syndrome paranéoplasique.

Notons que l'on pourrait retrouver 4 motifs ayant amené l'hospitalisation :

- la gravité de la maladie (par l'atteinte de l'état général qu'elle a entrainée)
- l'étendue des lésions
- la nécessité d'exploration plus ou moins complexe.
- des problèmes médico-sociaux.

2° - Il apparait à la suite de cette énumération :

a) l'importance du nombre de malades vus à l'Hôpital Tarnier :

- 350 hospitalisés au cours de l'année 1973
- environ 3.000 malades sont vus chaque mois en consultation externe.
  (signalons d'ailleurs que le nombre des malades qui viennent consulter ne fait qu'augmenter par exemple la "consultation de porte" au cours de l'année 1974 a dû être doublée, cette mesure semblant dès le début de l'année 1975 insuffisante).

b) que sur la grande quantité des malades vus à la consultation un certain nombre se voit proposer l'hospitalisation qu'ils refusent (pourcentage très difficile à chiffrer).

c) que bon nombre de malades hospitalisés présentent une dermatose pour laquelle l'hôpital de jour pourrait être une médication plus adaptée :

- ainsi, même si toutes les dermatoses allergiques, tous les psoriasis, tous les ulcères et dermites de jambe (45 % des motifs d'hospitalisation en 1973) ont nécessité dans un premier temps une hospitalisation à temps complet (ce qui n'est surement pas le cas) on est en droit de penser qu'une fois le stade aigu de la maladie dépassé et la guérison amorcée l'hôpital de jour peut prendre en charge la grande majorité de ces malades.

- notons également : les malades hospitalisés pour une maladie de système ou porteur d'une maladie métabolique ou encore pour un problème syphillo-vénérien auraient pu, lorsque leur état général le permettait, bénéficier d'une hospitalisation de jour à visée exploratrice.

Au total :

- l'importance du recrutement de la consultation de l'hôpital Tarnier.

- l'analyse de la pathologie hospitalisée qui fait ressortir que beaucoup de malades auraient pu se voir proposer une hospitalisation diurne.

- enfin le fait que certains on refusé l'hospitalisation traditionnelle (pour des motifs que nous évoquerons dans le paragraphe suivant).

autorisent à penser que l'aménagement d'un hôpital de jour à la Clinique Tarnier se justifie techniquement.
Les malades hospitalisés à mi-temps proviendraient :

- soit directement de la consultation externe,
- soit du service dh'ospitalisation à temps complet.

3° - Après l'aspect technique du problème, voyons comment les malades ont exprimé leur avis au cours d'une enquête effectuée à l'Hôpital Tarnier.

La question posée était la suivante : "si votre état cutané nécessitait de vous hospitaliser, préféreriez-vous l'hospitalisation à temps complet ou à mi-temps, en hôpital de jour"?

Questions et réponses furent discutées avec chaque malade au cours d'un petit entretien :

a) l'avis des malades hospitalisés : 14 personnes furent intérrogées. Le choix des malades interrogés fut dicté par leur état de santé : seuls ceux qui avaient la possibilité de choix furent questionnés.

= 8 optèrent pour l'hospitalisaton traditionnelle :

- la situation socio économique de ces malades :
  moyenne d'âge : 65 ans.
  3 personnes travaillaient, les autres étaient retraitées.

aucune n'élevait d'enfant.

leur revenu était en général très modeste.

- leur type de dermatose :

3 psoriasis,

2 ulcères de jambe,

1 dermo épidermite de stase,

1 mycose,

1 parakératose par malnutrition d'origine

- leur avis motivés :

. les motifs du refus sont avant tout d'origine socio économique et familial, en effet ce groupe comportait :

- 4 personnes vivant seules : elles déclarèrent que l'hospitalisation à temps complet rompait la monotonie et la solitude habituelles et qu'elles n'éprouvaient absolument pas le besoin de se retrouver seule le soir après les soins.

- 1 handicapé physique,

- 1 employée de maison vivant chez ses patrons (chaque maladie de cette femme nécessitait soit d'être hébergée par une amie ou hospitalisée sa chambre étant à chaque fois occupée par une remplaçante !...).

Dans cette optique les arguments qui leur font préférer l'hospitalisation traditionnelle sont :

- le problème du transport,
- la solitude (5 personnes),
- les difficultés à se mouvoir et se déplacer (3 personnes
- 4 fois a été déplorée la pauvreté de l'équipement sanitaire de leur domicile,
- le linge qui de toute façon serait sali (traitement nocturne) source de frais et de fatigue;
- plus de sécurité, (2 personnes),
- le problème du Brocq pour les psoriasis,
- enfin le malade énolique a vanté... la discipline de l'hopital traditionnel.!.

= 6 personnes préféreraient l'hospitalisation de jour

- leur moyenne d'âge s'établissait autour de 51 ans,
- ils étaient plus actifs : 4 travaillaient,
- 2 élevaient actuellement des enfants,
- leur condition socio économique semblaient sensiblement supérieures au groupe précédent,
- le type des dermatoses :
  - 1 malnutrition avec parakératose
  - 1 psoriasis,
  - 1 eczéma atopique,
  - 1 eczéma de contact surinfecté,
  - 1 aphtose buccale,
  - 1 maladie de Hansen.
- l'avis motivé :
  - la plupart vivaient mal, la désinsertion familiale,

- 3 personnes déclarèrent qu'elles s'ennuyaient attendant des visites qui ne venaient pas toujours.
- 2 ont affirmé "qu'ils ne mangeaient rien" par manque d'appétit, lié à l'ambiance.
- enfin, les 2 personnes possédant des enfants se déclarèrent "à 100 % pour cette solution".

- les problèmes évoqués :

  - le problème du parkage pour les voitures des malades préférant l'automobile aux transports en commun.
  - la possibilité d'être hospitalisé dans un hôpital de jour peu éloigné dudomicile.
  - possibilité de dissimuler le plus possible la dermatose aux yeux de la population.
  - également le problème de la lingerie et des colorants (et du Brocq !).

b) <u>l'avis des malades de la consultation externe</u> :

- 31 personnes furent interrogées,
- la plupart provenaient de la "consultation de porte". aucune disposition d'hospitalisation n'avait été prise à leur sujet.
- la grande majorité consultait un dermatologiste pour la première fois.
- 14 personnes avaient déjà été hospitalisées dans un service à temps complet. Ce n'avait jamais été pour un problème dermatologique.

= situation socio économique et familiale des malades interrogés :

- moyenne d'âge : 38,5 ans,
- activité : 5 étudiants ne travaillant pas
  3 étudiants avec activité rémunération.
  16 personnes travaillaient.

3 femmes mariées ne travaillaient pas (mères de famille).
4 malades "en retraite".

- 7 personnes avaient des enfants à charge.

= toutes les personnes interrogées se sont déclarées pour la conception de l'hôpital de jour et prêtes à être hospitalisées selon ce mode si leur état de santé dermatologique le nécessitait.

= les arguments utilisés pour motiver cette réponse furent :

- la stimulation morale (séparation des malades graves, aspect moins carcéral, fait plus oublier la maladie). Cet argument en faveur d'une meilleure stimulation du moral de l'hospitalisé fut retrouvé 18 fois au cours de l'interrogatoire.

- l'inaction favorisée par l'hospitalisation traditionnelle fut dénoncée 7 fois (3 personnes ont posé le problème des "voisins de lit").

- 9 personnes insistèrent sur le fait que l'hôpital de jour :

  était une solution beaucoup plus adaptée aux malades ayant des enfants,
  permettait de regagner son foyer en fin d'après midi.

- enfin 2 malades (employés à l'Assistance Publique) furent également sensibles au fait que l'Hôpital de jour obligeait à regrouper les examens.

= les problèmes soulevés par les malades interrogés :

- beaucoup insistèrent sur l'absence de parking, qui risque de gêner les malades qui viennent avec leur automobile.
- le problème du transport des personnes âgées, fut également souvent évoqué au cours de l'entretien
- il ne fut jamais question de sectorisation; à ce propos il est intéressant de noter que sur les 31 personnes interrogées, 24 habitaient dans les 4 arrondissements autour de Tarnier (Vème, VIème, XIIIème, XIVème) ou dans les communes desservies par la "ligne de Sceaux" (la station est à 200 mètres de l'Hôpital Tarnier).

c) Au total, l'analyse de cette position exprimée par rapport à l'hôpital de jour nous permet de discerner.

= une catégorie de malades qui restent très attachés à l'hospitalisation traditionnelle :

- surtout les personnes âgées et isolées,
- les malades aux conditions de vie précaires,
- enfin, les malades qui se sont installées dans leur dermatose : parmi les personnes interrogées en milieu hospitalier qui préféraient le mode d'hospitalisation à temps complet il y eut une femme de 29 ans, mariée, sans enfant. Elle présentait un psoriasis (en phase de guérison au moment de l'enquête) qui évoluait par poussées étalées dans

le temps. Tous ses arguments pouvaient se résumer en une volonté d'abandonner totalement la prise en charge de sa maladie : il lui était indifférent d'être entourée de personnes âgées parfois gravement atteintes : ce qu'elle voulait c'est "qu'on" la guérisse.

= les malades actifs, ayant un foyer, au statut socio économique plus solide ont accueilli dans l'ensemble avec un intérêt parfois non dénué d'enthousiasme l'hospitalisation diurne.

= enfin à l'occasion de ces entretiens un certain nombre de problèmes furent évoqués par les malades :

- le problème du transport et de la sectorisation pour les personnes âgées.
- le problème des colorants et de la pommade de Brocq pour les psoriasis.
- enfin, plus contingent, le problème de l'absence de possibilité de parkage des automobiles en un lieu réservé aux malades.

d) le 3ème volet de cette enquête effectuée à l'hôpital Tarnier porte sur les malades qui, bien queleur état de santé indiquât une hospitalisation, refusèrent cette hospitalisation.

Il faut insister sur le peu de fréquence de cette éventualité.

On peut schématiquement distinguer 2 catégories de malades qui s'opposent à l'hospitalisation, cette dualité étant en rapport avec l'âge des personnes interrogées :

= Parmi les personnes âgées :

- certaines refusèrent l'hospitalisation parce qu'ils "ne veulent pas finir leurs jours à l'hôpital" : "ne pas mourir à l'hôpital".
- d'autres refusèrent par crainte de se sentir anonyme et isolées : ce motif fut donné par une vieille dame qui vivait seule, sans parents ni amis, dans un petit pavillon de banlieue ne recevant selon ses dires que très rarement des visites.
- enfin chez certaines personnes il a été retrouvé "la peur des expériences" : essai de nouveaux médicaments aux propriétés mal connues, peur de l'intervention chirurgicale mutilante : ainsi ce vieil homme qui déplorait la mort d'un ami, vraisemblablement porteu d'un cancer ayant massivement métastasé, et qui avait dû subir des "interventions de propreté","plutôt que de le laisser s'éteindre en paix".

Au total, le refus de l'hospitalisation chez les personnes âgées se révèle souvent lié à l'idée de mort toute proche.

= Ailleurs :

- soit refus pour un motif familial ou professionnel par exemple le problème rencontré par une mère de famille.
- enfin ce peut être une peur plus ou moins irraisonnée de l'hôpital souvent en rapport avec un problème névrotique, parfois fixé sur la peur panique à l'idée de côtoyer les "grands malades" et la contagion.

= Permettre le retour chaque fin d'après midi dans leur foyer semble être l'argument qui a le plus nettement intéressé ces malades :

- la mère de famille qui peut alors se consacrer à ses enfants et régler certaines tâches ménagères.
- le malade très actif qui s'étiolait à l'idée de rester jour et nuit couché au milieu de malades plus gravement atteints.
- la personne âgée qui ne perd pas contact avec son cadre de vie habituel et qui n'a plus à redouter de se retrouver seule et anonyme, allongée au milieu d'autres oubliées.
- enfin l'anxieux qui ne se sent plus prisonnier de l'apparail hospitalier, entièrement dépendant du pouvoir médical, se réservant plus ou moins inconsciemment de choisir la poursuite ou l'interruption de son hospitalisation.,

4° - De la conception à la réalisation du projet

a) nous avons schématiquement défini 4 options possibles pour l'hôpital de jour dermatologique :

- visée exploratrice,
- option médico sociale,
- compétence thérapeutique,
- consolidation des traitements.

b) les expériences déjà tentées nous ont enseigné :

= dans le cadre de l'option à visée exploratrice.

- la nécessite impérieuse
  - . d'un secrétariat compétent,
  - . de l'établissement de circuits préférentiels avec les laboratoires, les services de radiologie et d'exploration fonctionnelle,"d'antennes".

- le risque de voir s'instituer "une médecine de dossier" ayant perdu de vue la nécessité d'un soutien moral constant pour le malade ; ce risque paraissant improbable en dermatologie dans la mesure où
  - . l'option exploration ne sera pas l'option essentielle en dermatologie.
  - . la nature des examens pratiqués est en règle moins traumatisante pour le malade et moins complexe pour l'infirmière.
  - . qui aura de ce fait beaucoup plus facilement la possibilité de faire bénéficier le malade de son soutien moral.

- enfin, souvenons nous de l'écueil qui consisterait à transformer ce département de l'hôpital de jour en "trop plein" de la consultation externe".

= dans le cadre de l'hospitalisation à option médico sociale (essentiellement le problème des ulcères de jambe en gériatrie).

- la défiance des omnipraticiens à l'égard de cette option nous apparait ici contingente dans la mesure où se sont eux qui bien souvent adressent leurs malades à l'hôpital pour

des ulcères de jambe"qu'ils ne peuvent guérir".

- en revanche les difficultés rencontrées à propos du "ramassage" des malades signalées par le DR. BERTHAUX nous laissent présager un difficile problème. L'hypothèse de base parait être la nécessité d'introduire une sectorisation, au moins dans le cas de ces malades qui ne peuvent se rendre à l'hôpital par leurs propres moyens.

- le problème du transport proprement dit :

. nous savons qu'une tentative de ramassage par taxi a échoué à Ivry.
. la formule du mini car semble mieux adaptée à la situation.
. encore faut-il encore que :

le car soit suffisamment confortable.
le voyage ne dure pas trop longtemps:
. périple court (nécessité de 2 ou 3 cars).
. évitant les axes surchargés et les "heures de pointe".

- le trajet "fauteuil" - "car" est la 2ème partie du problème rencontré lors du "ramassage" des vieillards :

.en effet s'il y a des cas où le malade pourra sans trop de difficulté attendre le car, chaque matin à heure fixe et être déposé le soir au même endroit.
. dans d'autres cas arriver jusqu'au car sera une épreuve trop difficile pour certains malades

il faudra dans ce cas prévoir 2 aides qui iront chercher le malade directement chez lui et l'aideront par exemple à déscendre l'escalier (en prévoyant en cas d'impotence très prononcée un matériel adapté à cette tâche : chaise spéciale par exemple).

= dans l'option thérapeutique il faut également insister sur la nécessité d'obtenir la coopération du malade : En effet si la thérapeutique active est dispensée dans la journée à l'hôpital certaines dermatoses (psoriasis par exemple) nécessitent pour la nuit un traitement préparatoire ou d'entretien : son non respect pourrait perturber gravement le résultat thérapeutique et indiquer éventuellement une hospitalisation à temps complet de "2ème intention".

= nous avons déjà souligné l'importance des conditions d'hébergement et de l'hotellerie.

c) la perspective d'une réalisation concrète

= dans un premier temps l'hôpital de jour de Tarnier pourrait se limiter à l'option thérapeutique : la mise en place de ses structures s'opérerait ainsi progressivement et l'on pourrait bénéficier d'une vue pratique de l'ensemble. On pourrait ainsi concevoir :

- le traitement des dermatoses actino-sensibles
- (psoriasis, acnés, certains eczémas constitutionnels)
- des dermatoses étendues qui nécessitent des "badigeonnages".
- ainsi que le traitement des ulcères de jambe (initialement pour les malades pouvant venir à l'hopital par leurs propres moyens).
- la petite chirurgie.

- enfin la possibilité de réaliser certaines chimiothérapies anti-tumorales.

= possibilité d'organisation de l'unité :

- devrait être conçu pour recevoir quotidiennement 20 à 25 malades.

- l'agencement :

. l'unité pourrait être disposée par rapport à un noyau central de grande surface pourvu de fauteuils, de tables, de 2 locaux annexes où se trouveraient un récepteur de télévision et une bibliothèque.

. autour de ce noyau central seraient disposées les différentes sous-unités thérapeutiques groupées par spécialités :

- une salle d'intervention et une annexe pour les traitements de petite chirurgie.
- deux postes spécialisés dans le traitement des ulcères de jambe.
- plusieurs postes pour le traitement des grandes dermatoses et comportant 3 éléments :

. une ou deux salles de soins (badigeonnage-pansement).
. 2 douches avec installation de douches filiformes et 1 lucas championnière.
. des cabines à U. V.

- il faudrait également prévoir quelques boxes équipés de lits pour les personnes âgées en invalidité et les chimiothérapies.

. Au total : une atmosphère de "club" qui ne devra pas être démantie par l'installation sanitaire et l'hotellerie :

- vestiaire, service de lingerie,
- toilettes,
- salle à manger, cuisine,

l'ensemble ayant une autonomie par rapport aux autres services de l'Hôpital

- le personnel :

. d'une part le personnel soignant, attachée en poste fixe à l'unité.

. d'autre part le personnel s'occupant du nursing et des repas.

C O N C L U S I O N

L'hôpital de jour est donc une brèche importante ouverte dans les murs de l'hôpital traditionnel ; il va dans le sense d'une meilleure gestion économique et sociale du système hospitalier en permettant de nuancer l'hospitalisation et de mieux l'adapter aux besoins médicaux et psychologiques du malade : le maintenir le moins longtemps possible à l'hôpital, dans un cadre plus proche de son milieu de vie, en lui permettant de regagner le soir son domicile.

L'enquête effectuée auprès des malades de l'hôpital Tarnier nous a montré que la population active dans sa grande majorité, était favorable à la rénovation du mode de prise en charge hospitalier.

Compte tenu des résultats de cette enquête et de l'analyse des options possibles d'un hôpital de jour en dermatologie, un projet de création d'une unité de jour a été avancé à la Clinique Tarnier. D'une manière schématique au cours de notre travail nous avons défini deux grands types d'options pour l'Hôpital de Jour : l'option thérapeutique et l'option exploratoire.

L'hôpital diurne de Tarnier se donne dans un premier temps un objectif essentiellement thérapeutique se réservant, une fois ses structures mises en places, la possibilité de développer l'option exploratoire.

L'hôpital de jour apparait comme une étape importante dans l'établissement d'un vecteur sanitaire hospitalier qui comprendrait dans chaque spécialité :

- un service d'hospitalisation à temps complet.
- un service d'hospitalisation de jour.
- un service d'hospitalisation à domicile.
- une consultation externe.

aboutissant à la mise en place de secteurs dermatologiques, rhumatologiques, cardiologiques....

B I B L I O G R A P H I E   S O M M A I R E

1- Assistance Publique Actualités 1974, n° 3

2- M. BARIETY, et CH. COURY "Histoire de la Médecine" PUF.

3- J. CAEN et J. DELOBEL "L'Hôpital de Jour d'Hématologie"
Revue du Praticien Tome XXIV;n° 30

4- J. CAEN et J. DELOBEL "L'Hôpital de Jour d'Hématologie"
Journées Internationales de Médecine Urbaines Grenoble 1970
Concours Médical 13-11-1971.

5- C. L. E. A. R. "L'hôpital en question" Dossier pour la réforme Hospitalière, Paris, Emile Paul, 1970.

6- L. Z. COSIN "Le principe et l'Emploi Fonctionnel de l'Hôpital de Jour". Journées Internationales de Médecine Urbaine, Grenoble 1970.
Concours Médical 6-11-1971

7- J. DELAY et PICHOT "Abrégé de Psychologie" Masson.

8- Claudine HERZLICH "Médecine, Maladie et Société"
Mouton.

9- J. IMBERT, "Les Hôpitaux de France", PUF.

10- L. ISRAEL, "Le Médecin Face au Malade" Dessart.

11- M. LAURENT et A. GUY "Maintien à Domicile et Hospitalisation des personnes âgées"
Les Cahiers Sandoz n° 29, mars 1975.

12- J. ROBIN "Les Hôpitaux de Jour en Psychiatrie".
Revue de Médecine n° 24, 11 juin 1973

13- Rapport 1971 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

14- François STEUDLER "L'Hôpital en Observation". A. COLIN.

Vu, le Président de Thèse

Professeur J. HEWITT

Vu, le Doyen de la Faculté Cochin

Professeur F. DELBARRE

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université René Descartes,

Professeur J. FREZAL.